

Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México

Jeannette Ulate J.
Benno de Keijzer

El presente trabajo constituye una reelaboración, ampliación y puesta al día de un trabajo previo, escrito en colaboración con Gilberto Ayala, con el título "Organización y participación popular en salud en Nicaragua a dos años de Revolución", publicado en el núm. 19 de la *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, mayo-agosto de 1981.

Analizamos una experiencia concreta de educación y participación en el área de la salud con respecto a la construcción de un nuevo estado en Nicaragua. Intentamos mostrar la gran complejidad que existe en la puesta en práctica de un proyecto de salud cualitativamente distinto, así como los avances, dificultades y alternativas que surgen en dicho proceso. Además, se

discute la forma en que se promueve la educación en salud y la participación comunitaria en México, por parte del Estado, y el surgimiento de experiencias independientes que impulsan un trabajo alternativo en salud.

ANTECEDENTES

El proyecto de salud impulsado por la Revolución Nicaragüense se construye cuando los sistemas de salud de la región centroamericana se enfrentan, en diferentes grados, a una crisis que, siendo parte de la crisis global, está ligada a la estructura económica dependiente de los países y a las progresivas contradicciones sociales que allí se generan. Esta crisis del sector salud se comprueba en los

siguientes hechos:

- La persistente incapacidad de resolver los grandes problemas de salud originados en la forma en que se organizan y funcionan las sociedad en estos países.
- Altos costos de la atención médica (equipos y medicamentos), lo que no se refleja en una mejoría significativa de la situación de salud.
- Escasa cobertura de la población y difícil acceso a los servicios.
- Mala calidad de la atención y aumento de la iatrogenia (enfermedades producidas por la medicina misma).
- Énfasis en labores asistenciales, curativas, con aumento de la medicalización y postergación de las actividades preventivas.
- Inadecuada distribución de los recursos para la salud, falta de trabajo en equipo y tendencia a la superespecialización.
- Falta de coordinación e integración entre las instituciones que realizan funciones sanitarias, con tendencia a la empresarización y tecnocratización de estas instituciones.¹

¹ "Sistemas de salud y participación popular en Centroamérica", Documento de trabajo para el VII Seminario del Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, núm. 17, septiembre-diciembre 1980, p. 31.

Ante esta situación sin embargo, en los distintos foros de salud, los países del área se comprometen a garantizar la "Salud para todos en el año 2000 como meta promovida por la Organización Mundial de la Salud, OMS, ignorando las determinantes económico-sociales, que en realidad son las que permitirán o no alcanzar este objetivo.

Al triunfo de la Revolución Nicaragüense, el nuevo gobierno enfrenta los problemas antes señalados, más los ocasionados por la guerra (enfermos, heridos, destrucción de instalaciones, falta de equipo, de personal, etcétera). Frente a la enorme carga de problemas de salud heredados del somocismo² y ligados a las pésimas condiciones de vida y trabajo en que ese sistema sumió a las mayorías, con escasos cuadros a nivel intermedio, con poca experiencia en salud pública

² Para dar sólo algunos datos nos encontramos con que 121 niños de cada mil nacidos en 1977 morían antes de cumplir un año, de enfermedades de fácil prevención como son las diarreas, el sarampión, el tétanos y la tosferina. Así mismo, se encontraba desnutrición de diferentes grados en cerca del 50% de los niños menores de 5 años. Otro indicador de la calidad de vida lo da la esperanza de vida: 51.2 años para los hombres y 54.2 para las mujeres, casi 20 años menos que la esperanza de vida cubana (70 años en 1978).

y con una considerable presión asistencial sobre los insuficientes servicios de salud, la Nicaragua revolucionaria se encuentra con la enorme tarea de crear un sistema de salud acorde con una nueva concepción del Estado y que efectivamente vaya enfrentando toda esta problemática.

EL PROBLEMA DE LA CONSTRUCCION DEL ESTADO Y LA GESTION POPULAR

En los primeros años, dos fenómenos se dan paralelamente y con una progresiva interacción:

- La construcción de un Estado nuevo, con un crecimiento veloz debido a la enorme cantidad de necesidades relegadas durante años. Este Estado arrastra necesariamente muchos elementos del Estado que sustituye.
- El enorme crecimiento de las organizaciones de masas, que se da primero en lo cuantitativo y posteriormente en lo cualitativo. Algunas de estas organizaciones dan continuidad a las formadas antes del triunfo, otras son conformadas posteriormente.³

³ Entre éstas tenemos a los Comités de Defensa Sandinista (CDS), conformados por los pobladores de los barrios, la Asociación de Mujeres Nicaragüenses (AMNLAE), la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), la Juventud Sandinista 19 de Julio, los obreros en la

La participación popular y la gestión se inscriben en la interacción a veces conflictiva entre estas dos instancias.

Es muy interesante seguir el proceso de conceptualización de la participación popular que se sigue en el desarrollo de la Revolución Nicaragüense, proceso que tiene como punto de partida las numerosas experiencias que muestran la realidad y enorme potencialidad de lo que significa un pueblo organizado y dispuesto a asumir crecientes cuotas de responsabilidad sobre su propio proceso.

Desde la insurrección, continuamente se redescubre esto en diferentes áreas o con distintos matices:

- “La verdad es que siempre se pensó en las masas, pero en ellas más bien como un apoyo a la guerrilla, para que la guerrilla, como tal pudiera quebrar a la Guardia Nacional, y no como se dio en la práctica.
- ”Fue la guerrilla la que sirvió de apoyo a las masas para que éstas, a través de la insurrección, desbarataran al enemigo.
- ”Así pensábamos todos, fue la práctica la que nos fue cambiando y nos hizo ver que para vencer había que activar no sólo nuestros contingentes guerrilleros, sino que

Central Sandinista de Trabajadores (CST), los maestros (AN DEN), los trabajadores de la Salud (FETSALUD), et cetera.

tenían que participar las masas activamente en esa lucha porque el movimiento armado de la Vanguardia nunca iba a tener el armamento necesario para quebrar ese enemigo.” (Comandante Humberto Ortega.)⁴

Meses después del triunfo, al elaborarse todos los planes económicos se habla de gestión y de la democratización del Estado. Puesto que la base económica del país aún está en gran parte en manos capitalistas, la gestión se impulsó en el área estatal (Área Propiedad del Pueblo). Con la Cruzada Nacional de Alfabetización (CNA) se da la segunda gran demostración (segunda gran sacudida para algunos) de que, efectivamente, la solución de los problemas básicos del país descansa en una parte considerable en la participación popular organizada e integral. Las experiencias de salud, en lo cultural y en lo militar, no vienen sino a confirmar esta experiencia y, mientras se consolida, tanto el Estado como las organizaciones de masas se van conformando, con un contacto creciente que genera logros pero también una serie de tensiones que obligan a planteamientos sobre el papel de ambos y la forma en que deben interactuar.

Por el lado de las organizaciones

de masa, en diciembre de 1980 Patricia Orozco, Secretaria General de los CDS, declara que no hay relación entre el número y la calidad de sus miembros.⁵ (Esto se refiere al enorme crecimiento de estas organizaciones en los primeros meses y su desfase en cuanto a su educación política, su nivel de organización y la falta de cuadros medios. Por otro lado, a nivel popular existe una considerable presión debido a la creación de expectativas surgidas sobre mejoramiento de calidad de vida en el proceso insurreccional mismo —expectativas que no se pueden cumplir a corto plazo.

En cuanto al Estado, una de las críticas más fuertes surge al notarse su tendencia a crecer en forma ilimitada, buscando resolver con su estructura todos los problemas del país: “Nosotros hemos advertido alguna tendencia a creer que el Estado es todopoderoso, que el Estado es el que resuelve todo, que el Estado es una fuerza en sí misma, que es capaz de involucrar de hecho al partido, al Frente Sandinista, que es capaz de involucrar a las organizaciones de masas y darles o asignarles un papel determinado, muchas veces burocrático e ilusorio, y que incluye es capaz de hacer la misma obra del pueblo sin el pueblo, y ésta no es simplemente una concepción, una tendencia burocrática supernumeraria, sino que es una tendencia bu-

⁴ Harnacker, M., “Sobre la insurrección: entrevista al comandante Humberto Ortega, Nicaragua, 1, mayo-junio de 1980, p. 36.

⁵ *Curso sobre la problemática actual*, UCA-UNAN, Managua, 1982.

rocrática que ubica al Estado de una manera totalmente reaccionaria.

"Y hemos notado esta tendencia, porque la verdad es que el Estado debe estar en apoyo a la movilización y la acción creativa del pueblo, porque no es necesario muchas veces organizar estructuras municipales, de comarca, sino que nosotros debemos apoyarnos, más bien, en la fuerza y la organización del pueblo, en vez de sustituir al pueblo con estructura estatales, y hay algunas estructuras estatales que no se sienten conformes si no tienen abiertas oficinas hasta en el último punto, y eso significa costos, burocratismo y una estructura pesada que nunca resuelve, pero sobre todo significa la esterilización de nuestro proceso revolucionario."⁶

Esta crítica (o autocrítica), muestra el nudo del problema en la relación Estado-masas, pero también la decisión política de irlo resolviendo. A partir de esta tendencia se realizan otras críticas igualmente vigorosas a distintas manifestaciones de este problema como son: la tendencia a convertir a las organizaciones populares en instrumentos o apéndices del Estado⁷ la falta de consulta en la planifi-

cación y toma de decisiones,⁸ el burocratismo⁹ y, por último, la oscilación entre el paternalismo y el democratismo.¹⁰

Esta problemática se enfrenta con diferentes grados y matices en los primeros años, a la vez que se dan experiencias, como la alfabetización, que son muestras claras de cómo la vinculación Pueblo-Estado puede dar frutos insospechados y generar relaciones cualitativamente distintas.

En el *Sector Salud*, con las Jornadas Populares de Salud (JPS) se logra un efecto similar, ya que la estructura médica tiende a pesar en términos de priorizar el aspecto curativo y considerar que la salud está en las manos de la institución y sus profesionales. En 1979 se conforma el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS) como alternativa para desarrollar un servicio integral e igualitario. Se trazan las primeras políticas de salud, muy justas y ambiciosas para el primer momento, pero con dificultades para ser llevadas a cabo.

Así se definen prioridades en cuanto a la población a cubrir y los problemas a atender. Se reorganizan los servicios de salud, que posteriormente se regionalizarán; se impulsan actividades en el área preventiva, y se inicia la formación de recursos humanos en mayor cantidad y buscando un

⁶ *Habla la Dirección de la Vanguardia*, Colección Juan de Dios Muñoz, DEPEP, Managua, 1981, pp. 54-55.

⁷ Núñez, Carlos, "El papel de las organizaciones de masas en el proceso revolucionario", col. J. de Dios Muñoz, núm. 3, DEPEP, Managua, 1980, pp. 15-16.

⁸ *Habla la Dirección. . . , op cit.*, p. 185.

⁹ *Ibid.*, p. 34.

¹⁰ *Ibid.*, p. 185.

perfil más adecuado a las necesidades. Por último se comienza a construir un nuevo tipo de relación entre el pueblo y el Estado, impulsando la participación popular y la gestión en el campo de la salud.

Posteriormente se va entendiendo la participación como un *proceso* que requiere necesariamente de la organización y la capacitación. Este proceso que se promueve implica a la vez una gran posibilidad y un gran reto; lleva el propósito de democratizar las instituciones de atención médica, romper con los esquemas verticales, distribuir el poder en términos del conocimiento, de la toma de decisiones y del control de las actividades.

LAS JORNADAS POPULARES DE SALUD¹¹

En Nicaragua existen algunas experiencias de organización, capacitación y participación popular en el campo de la salud desde antes y durante la insurrección. Estas experiencias se multiplican en los primeros meses después del triunfo, pero su crecimiento cuantitativo y cualitativo se dan en 1981 con las Jornadas Populares de Salud (JPS),

un proyecto conjunto entre las organizaciones de masas y el Ministerio de Salud, que se plantea como objetivos:

- Influir en la situación de salud del país con acciones colectivas masivas dirigidas contra problemas específicos como la polio, la diarrea, la malaria (paludismo), la falta de saneamiento ambiental, etcétera.
- Impulsar la participación popular en el área de la salud y organizar instancias de gestión popular a nivel municipal, departamental y nacional.
- Modificar el concepto dominante sobre la salud y la enfermedad, es decir, el concepto que ve la enfermedad como fenómeno individual y biológico y no como un producto social. Es este mismo concepto el que antepone la curación a la prevención y que sólo reconoce a los médicos la capacidad de influir en la salud.

Dentro del desenvolvimiento general del proceso revolucionario, las JPS son señaladas como el proyecto social del año, es decir, como el eje aglutinador de las tareas del área social. Se propone como objetivo general el desarrollo de la capacidad para producir la salud básica, algo que no depende tanto de los servicios médicos como de la organización y participación popular.

Por los objetivos que se propone, el desarrollo de las JPS no ha estado exento de grandes retos. Penetra como

¹¹ DECOPS/MINSA, "Informe final de las JPS-1981", inédito, Managua, 1982; "Las Jornadas Populares de Salud: un proyecto de participación popular en Nicaragua", *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, núm. 17, septiembre-diciembre de 1980, Costa Rica.

un proyecto muy rico en posibilidades dentro de un campo contradictorio, ante desafíos como la integración pueblo-Estado en actividades conjuntas, el desarrollo de una conciencia y la reconceptualización de la problemática de salud en un país que prácticamente no tuvo ninguna de estas experiencias durante el Somocismo.

Un principio muy manejado a nivel de las estrategias de atención primaria es el de que "el principal elemento de las acciones de salud es la comunidad". Este concepto, muy común dentro de las políticas de salud del área, no deja clara la *forma* ni el *grado* de participación. Tradicionalmente, la comunidad sólo es receptora de acciones de salud o, si participa, lo hace exclusivamente como ejecutora de acciones programadas, dirigidas y evaluadas por el sector salud, en una especie de utilización de la participación con el único fin de disminuir costos y aumentar coberturas.

Las JPS no parten del concepto de comunidad como algo amorfo, sino como un pueblo organizado con sus propias estructuras que va a desarrollar un proyecto conjunto con un ministerio y participando en todas las fases de dicho proyecto. Se entiende la participación como algo que se profundiza progresivamente, desde la ejecución de tareas simples hasta fases más complejas como la evaluación, planificación o la toma de decisiones. Estas últimas fases se plantean a corto y mediano plazo, a medida que se vayan acumulando experiencias. En la con-

cepción de las JPS se rompe con la tradicional creación de patronatos o comités de salud o para la compra de equipo y medicamentos. Este tipo de comité se enajena al centrarse en el simple apoyo a la prestación de servicios, sin llegar a tomar la problemática general de su comunidad como la razón de su existencia.

Es importante recordar que en 1979 y 1980 se realizaron acciones de salud (campaña antipolio y de higiene y limpieza) con participación popular, pero sin contar con una organización suficiente, lo que limitó la calidad, cobertura y permanencia del trabajo. Sin embargo, estas experiencias entre el Estado y la participación popular van sirviendo para visualizar y plantear el desarrollo futuro.

Para su implementación, las Jornadas Populares de Salud se basan en una estructura organizativa y en un modelo de capacitación popular que buscan a asegurar la multiplicación del conocimiento.¹² Antes de que se iniciaran las JPS fueron conformándose algunos Consejos Populares de Salud como estructuras formadas exclusivamente por los organismos de masas. Sin embargo, estos consejos no se formaron en todos los lugares ni se con-

¹² Esto se describe más ampliamente en el artículo "Las jornadas populares: un proyecto de participación popular en Nicaragua", *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* núm. 17, septiembre-diciembre de 1980.

solidaron totalmente, sino que tendieron a fusionarse con las estructuras de las JPS. La principal estructura en donde se empieza a dar la participación es en las Coordinaciones de las JSP, que se forman tanto a nivel nacional como departamental y municipal. En estas coordinaciones delegados del Ministerio de Salud y de los Consejos Populares de Salud estuvieron encargados de impulsar el proyecto en todos sus aspectos, asegurando una base organizativa que garantizara el éxito del mismo.

Por otro lado, se hizo necesario un diseño ágil para la capacitación¹³ de manera que en poco tiempo se pudiese multiplicar la misma hasta el nivel de barrio. Retomando la experiencia de la Cruzada Nacional de Alfabetización, se organizan los talleres¹⁴ en los dis-

tintos niveles de acuerdo con el siguiente modelo:

Nivel: Taller Nacional

Dirigido a: 120 educadores

Que multiplica c/u a: 10 multiplicadores.

Nivel: Taller departamental

Dirigido a: 1 200 multiplicadores

Que multiplica c/u a: 20 brigadistas.

Nivel: Taller municipal

Dirigido a: 24 000 brigadistas

Que multiplica c/u a: 1 x cada 100 habitantes.

Nivel: Educación y propaganda

Dirigido a: Toda la población.

En las JPS, las actividades concretas que se realizan son la culminación de todo un proceso de organización, programación, capacitación, propaganda y apoyo logístico. Cada Movilización nacional va superando cuantitativamente y cualitativamente a las anteriores. Las movilizaciones realizadas en 1981 son:

- Movilización antipolio (incluyendo la vacuna antisarampión en su segunda fase)
- Movilización de higiene y limpieza
- Movilización de lucha contra el dengue
- Movilización antimalárica.

Estas actividades masivas son un aspecto central dentro de las JPS, pero tienen la misma importancia que los

¹³ Esta capacitación cuenta con un paso previo: la formación de 82 educadores populares, escogidos por las distintas organizaciones de masas, quienes entran a impulsar el proyecto directamente a nivel municipal.

¹⁴ El diseño de los talleres es muy sencillo, de manera que permite su fácil multiplicación: las herramientas básicas son los folletos populares y el diálogo entre los participantes. Los folletos contemplan los contenidos básicos a revisar y una serie de preguntas dirigidas a que el grupo relacione este contenido con la realidad local y se orienta a la discusión de las tareas necesarias para enfrentar las distintas problemáticas de salud.

otros objetivos educativos y organizativos planteados en el proyecto. Aún antes de lanzar la primera movilización de 1981 se carece de una estructura de participación popular a todo nivel, salvo el Consejo Nacional y algunos Consejos Populares departamentales y municipales. Lo que sí existe es la estructura de las organizaciones de masa. En escasos meses (de enero a marzo de 1981) se conforman las coordinaciones de la JPS entre estas organizaciones y el Ministerio de Salud en todos los departamentos y en la gran mayoría de los municipios.¹⁵

En las dos fases de la movilización antipolio se logra cubrir más del 50% del total nacional de niños menores de 5 años, algo que previamente no se había logrado, dados la escasa cobertura de los servicios de salud y el insuficiente trabajo conjunto con las organizaciones de masas. Antes de la movilización, la incidencia de polio iba en franco aumento, empezándose a controlar con esta actividad. Por primera vez se logra un significativo avance en la cobertura rural, gracias a la participación popular combinada con el envío de brigadas de trabajadores y estudiantes de salud que asumen la actividad en forma entusiasta.

¹⁵ Para la segunda movilización, encontramos que el 82% de una muestra de un tercio de los municipios ya cuentan con una estructura promotora del proyecto, llámese Consejo Popular de Salud o Coordinadora de las JPS.

Siendo la primera movilización del año, lógicamente se dan distintos problemas, como la falta de integración de un buen porcentaje de trabajadores de la salud o, cuando éstos se involucran, el desplazamiento de la participación de los brigadistas por parte de los técnicos a la hora de la ejecución. Además se dan problemas en el manejo de los censos, la multiplicación de la capacitación en algunos municipios y, en ocasiones, la coordinación efectiva entre los trabajadores de la salud y las organizaciones de masa. A este respecto se observa que los CDS y AMNLAE son las organizaciones que participan mayormente a todo nivel, destacándose al aportar un considerable total de brigadistas (cerca de 20 000).

La movilización de higiene y limpieza realizada en junio y julio hace frente a uno de los problemas más ligados a la situación de salud: el deficiente grado de saneamiento ambiental. Como antecedente, en 1980, para el primer aniversario del triunfo, se llevan a cabo acciones de higiene, limpieza y ornamentación promovidas por las organizaciones de masas, en muchos casos en forma espontánea. Esta experiencia se retoma e impulsa para conmemorar el segundo aniversario y para actuar con mayor profundidad sobre las malas condiciones de higiene y saneamiento que determinan el predominio de enfermedades diarreicas y parasitarias en el país.

Esta movilización, por sus características, es asumida en mayor grado

por las organizaciones de masas y en muchos casos controlada casi exclusivamente por ellas. Se desarrolla todo un trabajo colectivo que no sólo involucra a cerca de 20 000 brigadistas capacitados, sino a los habitantes de barrios, estudiantes y trabajadores en sus centros de trabajo. Las principales actividades realizadas son la recolección y eliminación de basura, eliminación de charcas y predios con maleza, ornamentación de casas y calles, educación en torno a estos temas y otros relativos a higiene, etc. A pesar de la masividad y efectividad inmediata de las acciones, queda por resolver el problema de su continuidad, debiéndose influir en una forma más profunda en la conciencia y prácticas colectivas.

En el mes de julio, al estarse planeando la tercera movilización (antimalárica) se presenta el peligro inminente de una epidemia de dengue en el país. En Cuba, país especialmente afectado, esta enfermedad viral es denunciada como parte de una guerra bacteriológica. El dengue invade otros países del Caribe y Centroamérica como el Salvador y Honduras. Ya que en Nicaragua se conocía la existencia del transmisor *Aedes Aegyptii* (lo que hace posible la entrada y difusión de la enfermedad), se señala la situación como de emergencia. Se planifica y organiza en corto tiempo una movilización nacional para la eliminación del mosquito mediante la inspección de todas las viviendas, eliminando los criaderos potenciales y la aplicación de un larvicida suave en las aguas de recipientes

permanentes (estanques, cubetas, piletas, etc.), priorizándose las zonas urbanas.

Para la realizar esta actividad hizo falta consolidar la estructura existente, reforzando los niveles de municipio y barrio, además de completar la estructuración de los brigadistas por escuadras, asumiendo el multiplicador las funciones de responsable. Además, fue determinante el involucramiento de las estructuras políticas de FSLN en los distintos niveles de coordinación. La magnitud de la actividad y el apoyo recibido elevan a más de 70 000 la cantidad de brigadistas de salud, cantidad que triplica la meta inicial.

En esta movilización se da un salto cualitativo en el grado de organización, capacitación y propaganda, además de un avance cuantitativo en la participación de todos los sectores básicos de la población. Es así que no sólo entran a trabajar los brigadistas capacitados, sino que cada uno genera participación en los que lo rodean. Durante este lapso se reportan alrededor de 30 casos sospechosos de dengue, descartándose la enfermedad en todos ellos.

A estas alturas se da una mayor coordinación y apoyo de parte de las distintas instituciones del Estado en torno a las actividades priorizadas. Esto se lleva a cabo dentro de las Comisiones de Apoyo y Asesoría¹⁶ en los

¹⁶ Formadas por representantes de los ministerios del Area Social (Trabajo, Edu-

distintos niveles, donde se conoce la movilización y se crean las condiciones para el apoyo en distintos aspectos: alimentación, transporte, combustible, propaganda, recursos económicos, etcétera.

Con estos antecedentes, se cierra 1981 organizando la Movilización Antimalárica, la más ambiciosa de todas, enfrentándose a uno de los problemas de salud más serios, y que se caracteriza por producir alta morbilidad y mortalidad (se calcula más de 50 mil casos por año); ser costoso (cerca de 100 millones de dólares gastados en 25 años de lucha antimalárica), y ser difícil de erradicar, por la enorme resistencia a insecticidas del mosquito anofeles.

La estrategia diseñada se basa en la medicación masiva de la población mayor de un año (cerca de 2.5 millones de personas) durante 3 días, lo que aseguraría un nivel útil de antimaláricos en sangre durante tres semanas, tiempo en el que mueren los mosquitos transmisores. Esta experiencia se había realizado a nivel regional en algunos países, pero nunca con cobertura nacional.

A pesar de la duda o desconfianza de ciertos sectores de las poblaciones y de algunos trabajadores de la salud, venciendo la natural resistencia a in-

gerir medicamentos amargos y con efectos secundarios, y a pesar de una hábil campaña diversionista de sectores opuestos al proceso, se produce un grado de organización, capacitación y propaganda que logra una cobertura cercana al 80% de la población. Previo a esto y exclusivamente con trabajo voluntario, se empacan varios millones de tabletas de primaquina y cloroquina para cinco grupos de edad distintos y dosis distintas para cada día. Esta movilización cierra el año mostrando el gran avance de participación popular en todos los órdenes y el enorme apoyo popular que las JPS han generado.

En cada movilización se nota cómo, progresivamente, el pueblo organizado se va apropiando de las JPS con gran mística y creatividad. Las distintas organizaciones de masas, a pesar de las múltiples tareas en diferentes campos, van apoyando e involucrándose en todas las etapas, desde la organización hasta la evaluación. Las organizaciones que más aportan son los CDS, AMNLAE, la Juventud Sandinista, la ATC, la CST y ANDEN. Esto no significa que sólo participan brigadistas de las organizaciones. Un porcentaje considerable no pertenece a estas organizaciones, pero se organizan en el contexto de las JPS.

Es fundamental recordar que las acciones de las JPS tienen una cobertura nacional (urbana y rural). Sin embargo, el desarrollo organizativo y la profundidad en la ejecución no es homogénea, dependiendo de las características y antecedentes en las distintas

ción, Vivienda, Cultura, Bienestar Social), además de otros ministerios, los gobiernos locales, el ejército y otras instituciones no estatales.

regiones. Se encuentra una estrecha relación entre el desarrollo organizativo previo, la participación popular y la cantidad y calidad del trabajo realizado en las JPS. Esto se observa, por ejemplo, en departamentos como Masaya, Chinandega, Matagalpa, Estelí y varias zonas de Managua donde tradicionalmente ha existido un alto desarrollo de la participación popular.

IMPACTO DE LAS JPS

En este apartado analizaremos algunos aspectos que tienen que ver con el impacto real de las JPS, las resistencias que encuentra y las contradicciones que genera este proyecto. Quizá los aspectos donde esto se puede analizar con mayor profundidad es en la capacitación popular, la participación de los trabajadores de la salud y el proceso de definición de un nuevo modelo de servicios de salud que incorpore la gestión de los organismos de masas.

Puede preguntarse primero sobre la influencia que este proyecto tiene en la salud popular. El impacto de la participación sobre la situación de salud es algo que ya han demostrado otras experiencias, como la cubana o la china. En el caso de las JPS combinado con las acciones del Ministerio de Salud, ya se dejan sentir los efectos:

- A partir de 1982 ya no se reportan casos de polio.¹⁷
- El sarampión disminuye espectacularmente, presentándose 554 ca-

sos en los tres últimos años (1981-83), contra 3 784 casos en 1980.¹⁸

- No se producen casos de dengue.
- La malaria desciende 50% entre 1980 y 1983.¹⁹
- La diarrea pasa, de ser la primera causa de muerte en los hospitales a la 4a. causa (esto combina tanto el efecto de la capacitación como las acciones de saneamiento y la promoción de la rehidratación oral en todo el país.²⁰

A nivel de la capacitación se dan también logros importantes. La metodología de capacitación llevada a cabo en las Jornadas por medio del taller, demostró, al igual que en la Cruzada Nacional de Alfabetización, que es factible la capacitación del pueblo en forma activa, masiva y en poco tiempo. Los talleres se dieron en el nivel nacional, regional —departamental y municipal, multiplicándose incluso a nivel de barrio y comarca por parte de los brigadistas.

¹⁷ Coordinación Nacional de las JPS, "Las Jornadas Populares de Salud en sus tres años de desarrollo", 1er. Congreso Nacional de las JPS, Managua, marzo de 1984, p. 12.

¹⁸ División de Medicina Preventiva, Minsa, Ponencia para el 1er. Congreso Nacional de las JPS, Managua, marzo de 1984, p. 16.

¹⁹ *Ibid.*, p. 19.

²⁰ Coordinación Nacional de las JPS, cit. p. 12.

Ha sido muy estimulante observar cómo se lleva a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje, ver cómo de una semana a otra el multiplicador, que fue "alumno" en un taller, pasa a ser coordinador de un taller a brigadistas, siendo capaz de llevar a cabo este proceso de socialización del conocimiento de salud, haciendo realidad el que "el pueblo educa al pueblo". Se observa cómo poco a poco parte de la población se va apropiando del saber médico que, sobre todo en Nicaragua, hasta hace poco era prerrogativa del personal de salud y de la clase que había tenido acceso a altos niveles de educación.

Esta apropiación y puesta en práctica del conocimiento va contribuyendo a distintos cambios tales como:

- La demitificación del saber médico.
- La progresiva modificación del concepto salud-enfermedad.
- La modificación del perfil epidemiológico del país.
- El reforzamiento de un poder popular naciente.

El cambio en la concepción salud-enfermedad difundido entre los participantes en las JPS (incluyendo a los trabajadores de la salud), implica pasar de un punto de vista biológico y médico a otro que sea más integral y que se ligue con la gran cantidad de transformaciones sociales que se van dando dentro del proceso revolucionario. Aunque esta modificación será a me-

diano y largo plazo, se observan ya algunos cambios:

1. La masiva integración de la población a un proyecto eminentemente preventivo, entendiendo que la participación popular efectivamente lleva a producir salud y no sólo las acciones institucionales.
2. Existen manifestaciones que demuestran cómo sectores de la población ya van viendo en la enfermedad un problema colectivo y la lucha por la salud como una meta común.
3. Al analizar y discutirse distintas enfermedades en los talleres, poco a poco se va profundizando sobre sus causas de fondo: la falta de servicios, factores económicos, las relaciones de explotación, etc., con lo que se profundiza también en el análisis al avance general del proceso. Esto permite establecer una relación entre lo que sucede en salud y lo que sucede a otros niveles aparentemente inconexos.

Otro aspecto importante de la capacitación es la incorporación de los trabajadores de la salud a la misma, junto con los organismos de masa, dentro del contexto del taller. Progresivamente, además del educador, una parte sustancial de los trabajadores van asimilando los objetivos y metodología de la educación popular, algo que contribuye a una modificación en

su forma tradicional de funcionar y relacionarse con la población.

A nivel de las organizaciones de masas el proyecto de las JPS también ejerce distintas influencias:

- Capacita a sus miembros en tareas y habilidades concretas, pero también mediante la experiencia en aspectos como la programación, la capacitación misma y la evaluación.
- “Las JPS han contribuido en cierta medida a la consolidación y crecimiento de las organizaciones de masas, por ser salud un área de trabajo que nuclea a participantes que quizás no lo harían en otras áreas.”²¹
- “Las JPS, junto con otra serie de actividades que se llevan a cabo en el campo de la salud, a la vez que realizan prácticas sociales, van transformando la conciencia y van desalienando al comprenderse mejor la realidad y al construirse nuevas prácticas que van democratizando el trabajo en salud.”²²

Tanto la CNA, como las JPS, son experiencias que, aunque masivas, tienen un tiempo y un área de acción limitados (el analfabetismo y las movili-

zaciones, respectivamente). Ambas experiencias requieren continuidad con formas más permanentes de organización y el desarrollo de una gestión más profunda. La continuidad de CNA está dada por los programas de Educación de Adultos. En el caso de las JPS, se da una fase de transición: en los años siguientes (1982-1984) se han seguido desarrollando movilizaciones con características similares a las desarrolladas en 1981. Se realizan movilizaciones de vacunación (polio, sarampión y DPT), con el objetivo de reducir la morbimortalidad por estas enfermedades. También se han seguido realizando las movilizaciones de higiene y limpieza o saneamiento ambiental en los meses de junio y julio. En 1983, junto con esta movilización se hizo hincapié en las acciones de lucha contra la diarrea.

Frente a la constante escala de agresión que está sufriendo el país, en 1982 se capacitó casi a 20 000 brigadistas en primeros auxilios y atención básica como parte de la defensa civil. En 1983, se conforman las brigadas de primeros auxilios y se refuerza la capacitación en estos aspectos, con el propósito de que la población se encuentre capacitada para situaciones de emergencia nacional.²³ Esta última capacitación se inscribe dentro de la estrategia de capacitación de brigadistas de Atención Primaria de Salud, que

²¹ Consejo Nacional Popular de Salud, “La participación de las organizaciones populares en la gestión de salud”, ponencia al 1er. Congreso Nacional de las JPS, Managua, marzo de 1984, p. 16.

²² *Ibid.*, p. 15.

²³ Coordinación Nacional de las JPS, cit., pp. 5-6.

foma parte de un programa de capacitación que busca ser la continuación del proyecto de las JPS y que contempla la especialización de los brigadistas en diferentes áreas.

Así, las Jornadas se ligan con el programa de Atención Primaria que actualmente se promueve. Lo que más se ha discutido es la forma de asegurar la continuidad y el papel tanto de las organizaciones como de los brigadistas en esto. En las políticas de salud de 1982 y 1983 ya se plantea la gestión popular no sólo en las movilizaciones, sino en el funcionamiento general del Ministerio de Salud: "Apoyar la participación popular en la gestión de los servicios de salud que realizan o impulsan los organismos de masa."²⁴

Aunque la existencia de las Coordinaciones o Consejos Populares de Salud estaba propuesta inicialmente para implementar las movilizaciones, ya en 1981 y 1982 se van presentando progresivamente casos de planteamientos tienen que ver con la demanda de atención y servicios, la selección de candidatos a estudiar carreras de salud, el control de los horarios, señalamientos de problemas de salud no tomados en cuenta, etc. Es así cómo, mediante la experiencia de las JPS, se va profundizando la participación, tanto en la dificultad de las acciones como en el grado de involucramiento en el fun-

cionamiento de los servicios y la problemática global de salud.

La gestión en salud toma más forma con cierta especialización de los organismos que componen el Consejo Nacional Popular de Salud. Los Consejos mantienen reuniones con los responsables del Ministerio a nivel nacional y regional, pero se subdividen al participar en distintas instancias:

- La CST y la ATC en la Comisión de Atención Integral al Trabajador.
- AMNLAE en el área materno-infantil.
- La Juventud, CDS, ANDEN y ANS (Asociación de Niños Sandinistas) en higiene del medio.
- La Juventud y Fetsalud en la Comisión de Docencia.
- CDS y AMNLAE en la Coordinación de las JPS.²⁵

Así la participación se da como un hecho, aunque con niveles distintos de gestión. Este aspecto se analiza en el Primer Congreso Nacional de las Jornadas Populares de Salud llevado a cabo en marzo de 1984. El Consejo Nacional Popular de Salud, en su ponencia apunta que: "La participación popular en la gestión de Estado es un proceso prolongado y complejo. Para establecerse requiere de tiempo para que el pueblo adquiera conciencia de la gran importancia de su participación y para que el aparato estatal se

²⁴ MINSA, *Plan de salud 1983*, Managua, 1983, p. 119.

²⁵ *Ibid.*, pp. 16-17.

reestructure en función de esa participación del pueblo antes marginado del poder."²⁶

Desde esta punto de vista, la participación de los trabajadores de la salud es un elemento que vale la pena analizar con más detenimiento. Esta participación ha venido en aumento, tanto cuantitativa como cualitativamente, pero le queda aún bastante camino por recorrer. Se avanzó en su integración a las coordinaciones departamentales y municipales en donde se vivió todo un proceso de cambio. Dependiendo de las actividades centrales de cada movilización, se promueve la participación de distintos miembros del equipo de salud. Además del educador, cuya participación es constante, participan el médico, la enfermera, el trabajador sanitario y el trabajador de erradicación de malaria. Para muchos de ellos, las JPS son el primer contacto con la participación popular organizada.

Sin embargo, se vencen sólo parcialmente una serie de actitudes muy comunes ante la participación popular, que se observan también en otros programas que tienen que ver con este aspecto. Estas actitudes son:

- El temor a la participación popular, frecuentemente por no saber cómo hacerle frente o por temor

al cuestionamiento por parte del pueblo.

- El prejuicio en algunos de que las organizaciones populares no tienen nada que aportar "ya que no saben nada de salud", sino que el conocimiento y la responsabilidad de salud es algo exclusivo del personal médico.
- El rechazo de la participación popular por constituirse en una nueva fuente de poder, sobre todo en los casos en que se va profundizando en la gestión de salud.

Al respecto, el Consejo Nacional Popular de Salud señala: "El nivel de desarrollo de los trabajadores de la salud puede tener efectos contradictorios, es decir, dependiendo de la posición que asuman estos trabajadores puede estimularse la participación o, por el contrario, ser desplazada o rechazada."²⁷

Esto se ve muy claramente en los médicos que tienden a polarizarse. Por un lado se polarizan con respecto a la Revolución misma, existiendo un sector que abandona el país, abandona el sector salud para dedicarse a la medicina privada (aún considerablemente lucrativa) o permanece dentro de este sector y desde dentro trabaja (consciente o inconscientemente) en contra del proceso.

Dentro del sector identificado con el proceso se encuentran también

²⁶ Consejo Nacional Popular de Salud, cit., p. 3.

²⁷ *Ibid.*, p. 12.

matices, dándose aún cierta separación entre su politización y la aplicación de esto a su práctica y estilo de trabajo, sobre todo en aspectos novedosos y álgidos como la participación popular, que cuestiona directamente a la concentración del poder médico.

Otro aspecto del mismo lo constituye la ignorancia o rechazo médico hacia las medicinas llamadas paralelas o alternativas (herbolaria, acupuntura, homeopatía, etc.). En un contexto de escasa tecnología, de creciente bloqueo y aumento de costos, estas medicinas constituyen una serie alternativa para, al menos en parte, ir sustituyendo y modificando ciertos tratamientos a un costo bajísimo. Si bien hay alguna experiencia en estas medicinas, esto es marginal con respecto al conglomerado de la práctica médica en Nicaragua.

Respecto del grado de avance en la participación AMNLAE es más crítica. Esta organización, después de la fase más intensa de las JPS, conforma los Equipos de Salud de AMNLAE (ESA) con la intención de trabajar en forma más especializada en el área materno-infantil y como un intento de identificar más a los brigadistas con su organización de origen. Con relación a este trabajo, dicen lo siguiente:

“En lo que se refiere a las ESA, cabe señalar algunas dificultades a nivel del Ministerio de Salud (MINSA) y AMNLAE, que obstaculizan su crecimiento y consolidación. Aun cuando desde el punto de vista organizativo hemos logrado conceptualizar para la

ESA una estructura propia y ésta ha sido discutida a nivel central en el MINSA, nos encontramos con que a nivel regional aún prevalece el criterio de utilizarlos como simples ejecutores de proyectos.

”A nuestro juicio, consideramos que esta disparidad de criterios sobre la concepción del papel de los ESA y, en general, del papel de AMNLAE, se debe a que los niveles regionales no tienen claridad en cuanto a lo que significa la gestión popular en las tareas del Estado y tienen además confusiones en lo que se refiere a la operativización de los mecanismos de organización entre las estructuras institucionales y las bases organizadas.”²⁸

Sin embargo el desarrollo de las JPS va dejando huella en los trabajadores de salud que pasan en muchos casos, de estas actitudes de recelo, rechazo o temor a la participación popular, a distintos grados de aceptación; desde la aceptación limitada exclusivamente al nivel ejecutivo hasta la asimilación y promoción de la participación popular integral. Es claro que este avance no ha sido homogéneo, ni siquiera a nivel regional y central, donde también se encuentran diferentes formas de concebir y aceptar la participación popular.

²⁸ AMNLAE, “La mujer nicaragüense y su experiencia de participación en salud”, ponencia presentada en el 1er. Congreso Nacional de las Jornadas Populares de Salud, Managua, marzo de 1984, p. 6.

Esto nos lleva a la actual discusión en torno a la participación dentro de los programas de Atención Primaria en Salud, programas que tienen una gran cobertura, muchas actividades, mayor permanencia y que constituyen el primer nivel de atención en todo el país. En la elaboración y ejecución de esta estrategia se ha vuelto a plantear el problema: ¿Cuál debe ser el papel de las organizaciones de masas y concretamente el de los brigadistas en relación con la salud del pueblo?

Existen distintas posiciones al respecto —posiciones que cobran realidad sobre todo en la práctica. Todas ellas oscilan entre dos posiciones polares: una que considera útil e incluso necesaria la participación en tareas de salud, sobre todo en los primeros años, mientras la Universidad empieza a graduar a centenares de médicos y técnicos que inician estudios en medicina gracias al aumento de matrícula después del triunfo. Así los servicios de salud se extenderían a base de personal de salud continuándose cierto grado de participación popular, sobre todo en tareas masivas y sencillas.

A esta posición se contraponen otra que plantea el crecimiento progresivo de la capacidad de la población para detectar y resolver sus problemas de salud y para controlar el funcionamiento de sus servicios de salud. Esto no elimina al médico sino, al contrario, lo ubica en funciones de nivel más especializado, atendiendo ya no diarreas o catarros sino problemas que los brigadistas no pueden resolver.

Entre estos dos parámetros se va desarrollando el desarrollo de lo que será el sector salud del futuro y la posibilidad de un modelo de servicios cualitativamente distintos.

EL CASO DE MEXICO

Los problemas de salud de México son también preocupantes. Si bien los índices generales de salud demuestran alguna mejoría, éstos se encuentran lejos aún de los límites ideales a alcanzar. Si además pensamos en el subregistro de enfermedades y muertes, se puede concluir que los problemas detectados son aún mayores. Cuando se analizan los datos, ya no en forma general sino por estados y sobre todo por clase social, vemos que existe una distribución muy desigual de la enfermedad y la muerte.²⁹ Las clases populares son las que ponen la mayor parte de los enfermos y los muertos. Muchos de los problemas que padecen realmente se pueden prevenir, pero no sólo con medidas técnico-administrativas en el campo de la salud (que es generalmente lo que se hace), sino que son necesarias otras medidas que pasan al campo de lo político-estructural (si entendemos la salud como un producto social y no sólo como recibir servicios médicos). Sin embargo, esto ge-

²⁹ López A., Daniel, *La salud desigual en México*, México, Siglo XXI, 1980 y *Necesidades esenciales en México: Salud*, México, Coplamar-Siglo XXI, 4, 1982.

neralmente no se menciona, con lo que se contribuye a ocultar las verdaderas causas sociales que condicionan el acceso desigual a la salud.

Las medidas que se toman para enfrentar la enfermedad se basan en las políticas sanitarias, las cuales expresan, entre otras cosas, la manera en que el Estado intenta dar respuesta a los problemas de salud y enfermedad y las correlaciones de fuerzas de las clases sociales dentro de un determinado sistema político.³⁰ Es importante, al analizar las diferentes políticas de salud, tratar de ver qué hay detrás de las mismas, es decir que además de ver el aspecto técnico, hay que analizar los aspectos políticos que hay detrás de ellas. Dentro de las políticas dictadas por el Estado mexicano en materia de salud nos interesa detenernos en las que se refieren a la educación y a la participación en salud. A pesar de que durante más de 40 años la educación en salud se ha llevado a cabo en este país, los efectos de la misma no han sido los esperados.³¹ En la Ley General de Salud, publicada en febrero de 1984, encontramos la educación para la salud, teniendo por objeto: "fomentar en la población el desarrollo de ac-

titudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades y accidentes, proporcionar conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por el ambiente, orientar a la población sobre diversas materias como: nutrición, salud mental, bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades".³²

Además, dicha Ley refiere que "la Secretaría de Salubridad y Asistencia, coordinándose con la de Educación Pública y con los gobiernos de las entidades federativas y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población".³³

Cabe hacernos aquí algunas reflexiones: ¿qué tanto puede "promocionarse la salud" mediante la educación para la salud si la realidad social no se transforma? ¿Es realmente "promoviendo ciertas actitudes y conductas" como se va a conseguir que cambie la situación de salud de las clases populares? ¿Qué tanto (sólo por mencionar

³⁰ Fassler, Clara, "Política sanitaria de la Junta Militar Chilena (1973-80)", *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, México, Nueva Imagen, 1982, pp. 26-27.

³¹ Loewe, Ricardo, "Panorama de la educación para la salud en México", mimeo., sin fecha.

³² "Ley General de Salud", *Diario Oficial*, México, 7 de febrero de 1984. pp. 38-39.

³³ *Ibid.*

algunos problemas) pueden estas clases sociales mayoritarias, viviendo en la situación en que se encuentran, prevenir ciertas enfermedades como la desnutrición, la diarrea, las enfermedades respiratorias y la tuberculosis, por más charlas de educación que reciban? Y si analizamos cómo se hace en general la educación para la salud, nos surgen muchas más interrogante. Generalmente se hace de manera vertical; desde arriba se formulan, proponen y desarrollan los programas y en ningún momento se habla de hacer partícipes a aquellos sectores a los cuales se dirige el trabajo, reafirmando con esto la subordinación de dichos grupos sociales. Nada se hace para que los mismos adquieran una visión crítica de la realidad y se organicen para resolver sus problemas de salud y enfermedad producto de las contradicciones sociales y políticas que están viviendo. Así, en México, al igual que en otros países, el papel que la educación en salud ha cumplido y cumple es el de ocultar la raíz de los problemas, justificar la sociedad de clases y reproducir la ideología dominante.

Respecto a la "participación de la comunidad", vemos que la misma se ha canalizado hacia la ejecución de actividades, constriñéndose a apoyar y fortalecer al sistema de salud. Así, tenemos que en la Ley de Salud mencionada, en el apartado que habla sobre la participación de la comunidad, la misma tiene por objeto "fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el me-

joramiento del nivel de salud de la población". En el mismo punto se determina que la comunidad participará en las siguientes acciones:

- En la promoción de "hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud";
- interviniendo "en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y de accidentes";
- colaborando "en el tratamiento de problemas ambientales, como voluntarios en la realización de tareas simples de atención médica y actividades de operación de los servicios de salud";
- en la notificación de "personas que requieran servicios" y formulando "sugerencias para mejorar los servicios";
- reportando "a las autoridades irregularidades o deficiencias de los servicios".³⁴

Punto y seguido, dicha Ley refiere que de parte de las distintas autoridades se promoverá y apoyará la constitución de grupos que tengan por objeto participar de manera organizada en los programas de salud individual y colectiva, en la prevención de enfermedades, accidentes e invalidez, así como en la rehabilitación de inválidos.³⁵

³⁴ *Ibid.*, pp. 32-33.

³⁵ *Loc. cit.*

En estas disposiciones no encontramos que la participación promovida trascienda los límites de la ejecución de ciertas tareas; en ninguna parte se menciona la participación en la planificación o evaluación de los programas, ni mucho menos en la toma de decisiones. Tampoco se aclara la manera en que la población pueda tener acceso orgánico al manejo de los recursos y decisiones que la afectan, ni se mencionan formas organizativas concretas de participación.³⁶ ¿Cómo se puede entonces participar organizada-mente y expresar la voluntad popular en todos los niveles? Vemos pues que lo que se hace es repartir responsabilidades, pero no se permite acceso al poder.

Con estas políticas el Estado busca legitimarse, mostrándose preocupado por la población, interesado en que ésta se eduque y participe en salud, con lo cual además de ganar consenso y ocultar la realidad de los problemas, mantiene centralizado el poder y el control.

Pero como los procesos sociales no son unidireccionales sino dialécticos y contradictorios, hace ya bastante tiempo que en México se ha venido generando un trabajo alternativo en salud. Diferentes grupos, independientes del Estado, vienen desarrollando una serie de experiencias a nivel popular que

combinan la atención médica con la educación, organización y participación en salud. Estas experiencias tienen origen y vinculación de diversos tipos: grupos religiosos, organizaciones políticas, instituciones universitarias o grupos que no reconocen filiación organizativa o institucional. La mayoría de ellos intentan contribuir con su trabajo al fortalecimiento de la conciencia de clase y de la organización popular.

En una proporción considerable de estas experiencias, se parte de que la situación de salud es producto de las condiciones de vida y de trabajo, entendiéndose que la lucha por la salud debe formar parte de un proyecto más amplio que contemple la lucha por la transformación social. Ante la difícil situación de salud de las clases populares (tanto urbanas como rurales), estos grupos han implementado una serie de programas que intentan impulsar la organización y el análisis crítico de esta situación, buscando colectivamente las formas en que puede darse respuesta a la problemática de la salud. La tendencia ha sido trabajar sobre algunos de los siguientes aspectos:

- Lograr cierto grado de organización en salud y/o el apoyo a formas más generales de organización;
- la capacitación a nivel popular, no sólo técnica sino relacionando la situación de salud con lo social. Se busca la aplicación y la multiplicación de dicho conocimiento;

³⁶ Testa, Mario, "Extensión de cobertura con atención médica primaria", Venezuela, CENDES - UCV, 1981, p. 14.

- la participación en actividades colectivas y/o la promoción de la gestión en los programas mismos;
- la promoción de la autoatención de los problemas de salud frecuentes con la implementación de terapias no sólo dentro de la alopática, sino recuperando formas alternativas de curación: herbolaria, acupuntura, homeopatía, etcétera;
- recuperación y utilización de elementos de las culturas populares (medicina tradicional, formas de enseñanza, lenguaje, etcétera);
- con menor frecuencia se plantea la participación en procesos de investigación (problemas de salud, plantas medicinales, etcétera).

En los últimos años se han promovido encuentros nacionales y regionales para intercambiar experiencias, métodos de trabajo y materiales, y para apoyarse mutuamente. De esta forma se ha avanzado en la formación de lo que podría llamarse un movimiento en el campo de la salud popular, lo que permite superar el relativo aislamiento de los diferentes grupos y enriquecer su trabajo.

La tendencia en estos grupos es a que ya no se vea a la educación por sí sola como un remedio a la problemática de salud, sino como un apoyo fundamental al trabajo, un instrumento desalienante y transformador que ayuda a avanzar en un proyecto alternativo de sociedad. No se busca pues un simple cambio de conductas, sino

que las conductas necesarias surjan de una conciencia crítica de los problemas que el pueblo mismo padece.

Respecto a la participación, se pretende que la misma sea en los diferentes aspectos de los programas. Esto implica irse entrenando progresivamente en la gestión en salud, para que el pueblo, mediante sus formas organizativas propias, participe decidiendo el "cómo", el "cuándo" y el "para qué" de las acciones de salud. Es decir, que pueda participar realmente en el análisis y solución de los problemas de salud y enfermedad que le atañen.

En el trabajo desarrollado hay cierta heterogeneidad por las condiciones propias en que surgen y se desarrollan los diferentes programas y porque ya en la práctica aparecen bastantes dificultades para implementar el trabajo tal como se plantea. Sin embargo el intercambio de experiencias y la discusión colectiva de los aciertos, fallas, logros y limitaciones, será lo que permitirá ir avanzando y coincidiendo en ciertos objetivos y prácticas. De esta manera la tendencia es, por medio de este trabajo en salud (que en la mayoría de los programas no se ve como algo táctico sino estratégico), contribuir y sentar las bases de una práctica en salud diferente. Así, la educación y participación en salud que se impulsen deben responder a esos propósitos.

DISCUSION

Si partimos de que las políticas sanitarias son en gran medida la expresión

del proceso político por medio del cual el Estado va configurando la organización y la orientación de la práctica médica, y que esto se da de acuerdo con las correlaciones de fuerzas y con el desarrollo de las luchas de clases dentro del sistema político imperante,³⁷ nos es fácil entender por qué en Nicaragua ha sido posible desarrollar el trabajo en salud tal como se explicó anteriormente y también el porqué de la situación que se vive en el México actual.

Por lo tanto, es necesario contextualizar lo que pasa en el campo de la salud con lo que sucede en la sociedad en general, pues comprender las transformaciones en el campo del saber, la práctica médica y las políticas sanitarias implica conocer y analizar las transformaciones que se dan en la sociedad en su conjunto y ver su estructura económica, social y política.³⁸

Respecto a la educación y participación en salud, que es básicamente lo que se ha desarrollado a lo largo del artículo, hemos podido ver, de manera general, cómo las mismas han sido concebidas e implementadas y el papel que han desempeñado en una u otra sociedad. Señalamos además la importancia de ir generando un trabajo alternativo en salud aun cuando no se haya logrado una transformación social, pues cualquier avance que se haga en el sentido de ir rompiendo con el

modelo imperante contribuye a sentar las bases para un trabajo en salud diferente en el futuro.

Es importante reafirmar que se debe entender el problema de la salud y la enfermedad no sólo como un problema técnico que requiere sólo soluciones técnicas, sino como un problema político, por lo que enfrentarlo implica rebasar el campo exclusivo de la salud. Esto quiere decir que al hacer trabajo popular en salud debemos contribuir a que la gente desarrolle la capacidad de examinar y analizar críticamente su situación, que pueda darse cuenta de cuáles son las causas reales de la enfermedad. Implica también contribuir a la socialización del conocimiento en salud, con el fin de que las clases populares se apropien del mismo para utilizarlo en su beneficio y puedan fundamentar la toma de decisiones. Con la socialización del conocimiento se contribuye además a restar poder a las élites poseedoras del saber. Politizar el trabajo en salud implica luchar por crear un modelo organizativo ágil, que permita hacer uso del poder que le corresponde e influir en la realidad, transformándola.

La experiencia nicaragüense es posible, no tanto por un cambio en el sector médico, sino por un proyecto más global de transformación que a su vez cuestiona y modifica a dicho sector (no sin tensiones y resistencias). También este trabajo es posible porque se cuenta con el consenso activo de la población. En las últimas movilizaciones de las JPS de 1981 se llegó a

³⁷ Fassler, Clara, *op. cit.*, p. 26.

³⁸ *Ibid.*, p. 27.

tener una proporción cercana a los 3 brigadistas por cada 100 habitantes. Para darnos una idea de lo que esto significa, si extrapolamos esta razón a la población mexicana, tendríamos más de dos millones de brigadistas voluntarios trabajando simultáneamente, ¿sería posible realizar esto en las condiciones actuales de México?

Para finalizar, es importante recordar tanto para Nicaragua como para otros países, que no son los servicios de salud los que cambiarán a mediano plazo y espectacularmente la situación de salud, sino que este cambio será producto de las modificaciones sobre

los distintos determinantes de las condiciones de trabajo y de vida de las mayorías.

Sin embargo, al sector salud le corresponde asumir un modelo de funcionamiento acorde y armónico con un proceso de transformación social que se vaya apoyando en, a la vez que apoye, los avances obtenidos. En el caso de Nicaragua, la educación y participación popular en salud se convierten en uno de los principales ejes sobre los que se articula la política de salud, dándose con las Jornadas Populares de Salud un sólido paso en esa dirección.